

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Wniosek w sprawie uczestnictwa w „Programie wyrównywania różnic
między regionami III”

Wniosek złożono w _____ PCPR Kartuzy
w dniu _____

Nr sprawy: _____

Wypełnia PCPR Kartuzy

Wniosek
w sprawie uczestnictwa w realizacji projektów w ramach obszaru H
„Programu wyrównywania różnic między regionami III”

Pouczenie:

We Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ____” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Część 1 Wniosku: Dane i informacje

1. Nazwa i adres

Pełna nazwa: _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Nr posesji: _____

Kod pocztowy: _____

Gmina: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: _____

Numer telefonu osoby do kontaktu: _____

Adres www: _____

e-mail: _____

adres skrzynki do e-doręczeń: _____

Numer identyfikacyjny NIP: _____

Numer identyfikacyjny REGON: _____

Numer KRS _____

Numer identyfikacyjny PFRON: _____

2. Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja: _____

Imię, nazwisko, funkcja: _____

3. Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

- 1) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wystąpienie podpisane jest przez osoby upoważnione do reprezentowania:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 2) Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

- 3) Oświadczenie dotyczące o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

Wypełnia PCPR

Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)

Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:

podpis pracownika PCPR i data

Część 2 Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru H programu

1. Informacja o projekcie

1) Opis projektu:

1) Nazwa projektu:

2) Nazwa Projektodawcy: _____

3) Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) _____

4) NIP: _____ ; Nr identyfikacyjny PFRON: _____;

5) Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: _____

6) Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do
dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek
naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)

Podstawa prawna: _____

7) Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu): _____

8) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, których dotyczy projekt: _____,
w tym planowana liczba dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami: _____

2) Rezultaty projektu, z których korzystać będą osoby z niepełnosprawnościami:

(należy opisać efekty realizacji projektu, w szczególności w zakresie poprawy dostępności transportu, ograniczenia barier komunikacyjnych oraz zwiększenia samodzielności osób z niepełnosprawnościami).

Rezultaty projektu znajdują odzwierciedlenie w planowanych wskaźnikach realizacji projektu, tj. w planowanej liczbie osób z niepełnosprawnościami, objętych usługą oraz planowanej liczbie zrealizowanych przewozów

2. Uzasadnienie potrzeby realizacji usługi transportowej

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

3. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

4. Informacja o zakresie przedmiotowym i podmiotowym działań przewidzianych w projekcie oraz o planowanej liczbie przewozów Należy opisać zakres realizowanej usługi transportowej „door-to-door”, w szczególności w odniesieniu do zakresu rzeczowego projektu, o którym mowa w pkt I.3 Zasad dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszaru H programu

1) Szczegółowe zasady świadczenia usługi określa regulamin.

(w przypadku obszernego opisu w załączeniu)

2) Planowana liczba przewozów:

3) Planowana liczba kilometrów przejazdów:

(wartość powinna być zgodna z planowanym wskaźnikiem realizacji projektu)

5. Informacja o osobach z niepełnosprawnościami, które będą objęte usługą transportu „door-to-door”

1) Planowana liczba osób z niepełnosprawnościami objętych usługą transportu „door-to-door”:

(wartość powinna być zgodna z planowanym wskaźnikiem realizacji projektu)

2) Szacunkowa struktura planowanej grupy osób z niepełnosprawnościami usługi według stopnia niepełnosprawności:

Stopień niepełnosprawności:	Liczba osób:
Znaczny	
Umiarkowany	
Lekki	
razem	

(należy przedstawić na podstawie dostępnych danych, w szczególności danych jednostek organizacyjnych samorządu, statystyk publicznych lub przeprowadzonej diagnozy lokalnej)

3) Charakterystyka planowanej grupy osób z niepełnosprawnościami usługi (w przypadku obszernego opisu w załączeniu):

Należy opisać grupę osób z niepełnosprawnościami, które będą korzystać z usługi, w szczególności z uwzględnieniem ich potrzeb w zakresie mobilności oraz barier w dostępie do transportu.

Opis powinien być oparty na diagnozie sytuacji lokalnej, uwzględniającej w szczególności dane będące w posiadaniu jednostek samorządu, dane statystyczne, wyniki analiz lub badań, doświadczenia z realizacji wcześniejszych usług, zgłoszenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz dokumenty strategiczne lub programowe.

W szczególności należy uwzględniać osoby o ograniczonej możliwości samodzielnego przemieszczania się, w tym osoby poruszające się na wózkach, osoby wymagające wsparcia w dotarciu do pojazdu lub w trakcie przejazdu oraz osoby mające utrudniony dostęp do transportu publicznego.

6. Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok): _____

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach): _____

Termin zakończenia: _____

7. Wartość wskaźników bazowych

- 1) planowana liczba osób z niepełnosprawnościami, które zostaną objęte usługą transportu „door-to-door” w ramach realizacji projektu: _____
- 2) planowana liczba przewozów osób z niepełnosprawnościami, które zostaną zrealizowane w ramach usługi „door-to-door” w okresie realizacji projektu: _____

8. Koszt realizacji projektu

- 1) łączny koszt realizacji projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 2) Własne środki przeznaczone na realizację projektu: _____ zł,
słownie złotych: _____
- 3) Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): _____ zł,
słownie złotych: _____
- 4) Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: _____ zł,
słownie złotych: _____

9. Informacja o VAT

Projektodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio).

Podstawa prawna: _____

10. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2 Wniosku

- 1) Harmonogram realizacji projektu:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 2) Budżet projektu wraz z podstawami kalkulacji:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____
- 3) Regulamin świadczenia usługi transportowej „door-to-door”:
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
Wypełnia PCPR
Uzupełniono/nie uzupełniono (wybierz właściwe)
Data uzupełnienia: _____

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2 Wniosku:

podpis pracownika PCPR

Oświadczania:

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.
5. **Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.
6. **Oświadczam**, że beneficjenci, których projekty stanowią podstawę do sporządzenia niniejszego wniosku nie posiadają wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i Urzędów Skarbowych.

Uwaga!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuje o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

_____, dnia _____

(podpis)

(podpis)

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych